





R I C H I E S T A D I P A R T E C I P A Z I O N E

 Oggetto: “Progetto Trinity Stars”, richiesta di adesione, consenso ed autorizzazione.

I sottoscritti, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori/tutori

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il …....../........./.........,

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D I C H I A R A N O

 □ di voler aderire ai corsi di potenziamento della lingua inglese del “Progetto Trinity Stars”, comprensivi di performance finale per la certificazione delle competenze.

C H I E D O N O

 □ l'iscrizione al corso in oggetto per il/la proprio/a figlio/a: “PROGETTO CERTIFICAZIONE LINGUISTICA TRINITY STARS A.S. 2024/25

-secondo gli orari e nei giorni che saranno comunicati successivamente;

-impegnandosi al pagamento della quota di adesione che verrà comunicata in seguito (determinata dal costo della tassa di esame);

 -garantendo la continuità e la costanza della presenza, per assicurare il corretto conseguimento del progetto linguistico.

 Indicare L'email Sulla Quale Ricevere I Riferimenti Per Pagopa

….......................................................................................................

Data …./....../...... Firma..............................................................